Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok VIII. Kwiecień 1936 Nr. 4

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

przy opłacie zgóry za cały rok —

25% rabatu — 6 zł.

Rocznie 8 zł. Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VIII Kwiecień 1936 Nr 4

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Opieka nad chorym po odmie i frenikotomji

Referat, wygłoszony w październiku 1935 roku w Krakowie podczas kursu dokształcającego P. S. P. Z.

W związku z powszechnie dziś stosowanem leczeniem gruźlicy płuc odmą piersiową sztuczną, oraz zabiegiem chirurgicznym przecięcia nerwu przeponowego, chciałabym zestawić spostrzeżenia, jakie poczyniłam, opiekując się chorymi na gruźlicę płuc leczonymi temi sposobami. Znaczna liczba czytelniczek miała zapewne sposobność zapoznać się, zarówno teoretycznie jak i praktycznie, z samym sposobem przeprowadzenia tych zabiegów. W naszej literaturze była ta sprawa poruszana od strony lekarskiej przez Dr. Misiewiczównę, w artykule p. t. „Sztuczna odma opłucna: teorja i praktyka zabiegu“, zamieszczonym w „Pielęgniarce Polskiej“ w numerze listopadowym 1934 r. Chciałabym niejako dopełnić uwagi Dr. Misiewicz, podając spostrzeżenia od strony pielęgniarskiej. Uzyskałam je, pracując na oddziale chorób płuc w Klinice Lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierowanej przez Prof. Dr. J. Latkowskiego. Oddział ten służy w pierwszym rzędzie do leczenia chorych odmą piersiową. Stanowi on jedno z ogniw łańcucha opieki nad młodzieżą uczącą się. *)

Jakkolwiek wszystkim czytelniczkom znana jest odma piersiowa, jej sposób wykonania i skutek leczniczy, pozwolę sobie przypomnieć niektóre momenty zabiegu, wymagające naszego, pielęgniarskiego współdziałania. Odmą opłucną (piersiową) nazywamy zabieg, polegający na wpuszczeniu do wolnej opłucnej, t. j. między płuco a ścianę klatki piersiowej, powietrza lub innego gazu, np. tlenu, azotu. Uzyskuje się przez to zwolnienie napięcia płuca chorobowo zmienionego, co pozwala na częściowe wyłączenie czynności chorej części płuca, i na leczenie się w spokoju. Gaz wsysa się po pewnym okresie czasu, różnym, zależnym od wielu czynników, zatem dla

*) Patrz „Pielęgniarka Polska“ Nr 1 — 2, 1936 (Red.).

utrzymania płuca w spokoju przez okres, potrzebny do zupełnego wyleczenia, musi się gaz uzupełniać przez t. zw. d o p e ł n i a n i e o d m y.

Współdziałanie nasze konieczne jest 1) przed założeniem odmy po raz pierwszy, 2) w czasie wykonywania zabiegu, 3) bezpośrednio po założeniu odmy, oraz 4) niejednokrotnie i w czasie następnych zabiegów, t. j. dopełnień.

1. Chorzy, którym zaproponowano leczenie odmą piersiową, obawiają się niejednokrotnie zabiegu, czyto z lęku przed bólem, czy też z różnych względów, np. nastraszeni przez innych chorych lub też osoby z rodziny, mylnie rozumujące. Chorzy tacy często zwracali się do mnie z temi obawami. Czasami wystarczało uspokojenie ich zapewnieniem, że obawy te są bezpodstawne. Bardziej nerwowym podawałam na zlecenie lekarza środki uspokajające, np. 0,5 gr. natri bromati, walerjany 25 kropel, bromuralu 0,3 i t. p., mniej więcej na godzinę przed zabiegiem.

Bardzo często chorzy przeznaczeni do zabiegu kaszlą, przyczem kaszel potęguje się naskutek zdenerwowania. Jest on niepożądany i należy go, zarówno przed jak i po zabiegu usunąć w zupełności; może on bowiem spowodować komplikacje. W czasie zabiegu płuco, odsunięte już od ściany klatki piersiowej przez wpływające powietrze, wstrząśnięte kaszlem, nagle dotyka do ściany klatki piersiowej, natrafiając na tkwiącą w niej igłę, co powoduje przedarcie płuca i powikłania z tem związane, o czem będzie mowa poniżej. Aby usunąć kaszel, podaje się choremu kodeinę 0,02, lub inne środki przeciw kaszlowi; nieraz musimy się uciec do podania morfiny w dawce 0,01 do 0,02 doustnie, lub podskórnie.

2. W ten sposób przygotowanego chorego, obnażonego do połowy, układa się na kanapie na zdrowym boku, pod pachę kładzie się poduszkę lub wałek. Głowa chorego musi być ułożona niżej, niż przypuszczalne miejsce wkłucia igły. Poduszka pod bokiem chorego ułatwia rozciągnięcie przestrzeni międzyżebrowych. Rękę chorego po stronie zdrowej układamy wzdłuż tułowia, drugą, unosząc ramię prostopadle ku górze, opieramy dłonią na uchu, w tej pozycji przytrzymujemy ją w czasie zabiegu. Ułożenie to stosujemy w przypadkach, gdy miejsce wkłucia igły znajduje się w linji pachowej środkowej. Jeżeli natomiast wkłucie ma być wykonane w linji łopatkowej, chorego układamy grzbietem do góry, z ręką po stronie zdrowej ułożoną wzdłuż tułowia, z drugą ułożoną ku górze tak, by podciągnąć łopatkę. Po ułożeniu chorego uprzedza się go, że nie wolno mu wykonywać żadnych ruchów, mówić, głęboko oddychać i kaszleć. Dezynfekuje się skórę, i lekarz przystępuje do zabiegu. Sam zabieg przeprowadzony jest ściśle aseptycznie.

Już w czasie wykonywania zabiegu mogą wystąpić powikłania, wymagające naszej interwencji. Do najczęstszych należą objawy nerwowe, np. atak histeryczny, występujący pomimo przygotowania chorego. W tych wypadkach lekarz przerywa zabieg. Należy podać przygotowane uprzednio środki uspokajające. Prócz przypadłości nerwowych, mogą wystąpić objawy osłabienia serca, wstrząs opłucnej, lub zator powietrzny. W przewidywaniu możliwości wystąpienia tych powikłań, przygotowuje się stale środki nasercowe jak kofeinę 0,20, strychninę 0,001, cardiazol, hexeton, kamforę, strofantynę. Nieraz oprócz powyżej wspomnianych środków musi się stosować i sztuczne oddychanie.

3. Po dokonanym zabiegu chory pozostaje przez czas około ½ godz. na kanapie bez ruchu. Należy go ciepło okryć, bowiem prawie stale chorzy

pocą się. Należy często kontrolować tętno, gdyż w tym czasie ustrój przyzwyczaja się do zmienionych warunków oddychania naskutek częściowego wyłączenia jednego płuca z oddychania.

Po ½ godz. przenosi się chorego lub przeprowadza do łóżka, w którem chory pozostaje aż do końca dnia. Umieściwszy chorego w łóżku, pomagam mu wybrać sobie najdogodniejszą pozycję do leżenia, chorzy bowiem skarżą się na kłucie w boku, ucisk i duszność. W pozycji pół siedzącej podpartej jest im najlepiej. Następnie pouczam chorego, że przez cały dzień nie wolno mu wykonywać większych poruszeń, mówić głośno, śmiać się, kaszleć.

Kaszel zwalczamy za wszelką cenę, środkami wyżej wspomnianemi. Nieraz mimo to chorzy kaszlą, skutkiem ciągłego drażnienia opłucnej powietrzem. W czasie ataku kaszlu powinien chory nacisnąć okolicę wkłucia igły ręką, aby zmniejszyć wstrząs i zapobiec wydostawaniu się powietrza z opłucnej poprzez kanał wkłucia pod skórę. Jeżeli chory sam nie może dobrze nacisnąć boku, należy mu w tem pomóc.

Następne godziny po założeniu odmy wymagają czujnej opieki nad chorym i bystrej obserwacji. W tym bowiem czasie pojawiają się najczęściej powikłania takie, jak dopełnianie się odmy, krwotok do opłucnej. D o p e ł n i a n i e s i ę o d m y poznajemy po następujących objawach: chory skarży się na znaczniejsze niż poprzednio uczucie rozpierania w boku i kłucie, ból, oraz na wzmagającą się dość szybko duszność, spowodu której musi się go ułożyć w pozycji siedzącej. Strona klatki piersiowej, po której założono odmę, jest silnie wydęta, stwierdza się wybitną sinicę warg, palców u rąk, nieznaczny obrzęk twarzy, wytrzeszcz gałek ocznych. Tętno jest znacznie przyśpieszone do 120/m. i wyżej, słabo napięte. Na objawy powyżej opisane trzeba zwrócić uwagę dość wcześnie, by na czas zawezwać lekarza. W tych przypadkach podawałam zwykle, na zlecenie lekarza, morfinę 0,01 aby znieść duszność i środki nasercowe, szybko działające.

Inaczej wygląda chory k r w a w i ą c y d o o p ł u c n e j po pęknięciu płuca, duszność jest stosunkowo mniejsza, niż przy dopełnianiu się odmy; sinica nieznaczna, natomiast pojawia się bladość skóry, chory poci się, kończyny ma zimne, tętno przyśpiesza się stale, staje się nitkowate. Chory podaje zwykle przypadłości podmiotowe jak przy niedokrewności. W przypadkach takich należy niezwłocznie zawiadomić lekarza. Podaje się środki przyśpieszające krzepnięcie krwi, dożylnie sole wapniowe, podskórnie coagulen lub clauden, często wykonuje się hypodermoklizę z fizjologicznego roztworu soli z dodatkiem soli wapniowych.

Jeżeli wyżej wspomniane powikłania nie mają miejsca, a odma jest skuteczna, stan chorych zaczyna się uderzająco szybko poprawiać, temperatura wraca do normy i ustala się, apetyt i waga ciała wzrasta, chory przestaje kaszleć, odpluwać, pocić się; podmiotowo czuje się coraz lepiej.

Mimo to chory wymaga jeszcze dalszego leczenia. Nie może więc przez szereg dni po założeniu odmy werandować, kąpać się w wannie (boimy się osłabienia serca, zaziębienia), przeto należy go kąpać w łóżku, dalej nie może chodzić, mówić zbyt długo. Ostrożności te mają na celu ułatwić przyzwyczajenie się ustroju do zmienionych warunków oddychania i krążenia.

Po pewnym okresie czasu lekarz pozwala choremu na większą swobodę ruchu w obrębie sali. Stopniowo przyzwyczaja się chorego do normalnego trybu życia, co trwa 6—8 tygodni; poczem dopiero wypisuje się

chorego z kliniki, zalecając dalsze leczenie odmą piersiową w wyznaczonych terminach. Chory taki, pracując znowu w zawodzie swoim, zgłasza się co pewien czas do badań kontrolnych w poradni i przychodzi do dopełniań odmy.

Może wydać się dziwnem, że chory pozostaje aż do 8 tyg. w klinice, ostrożność ta jest konieczną ze względu na to, że w drugim miesiącu po założeniu odmy pojawia się najczęściej u chorych, nie przestrzegających wskazań lekarskich, wysięk w opłucnej, powstający wśród burzliwych objawów jak: wysoka gorączka, duszność, kłucie w boku, poty, wymioty, utrata apetytu.

Pielęgnowanie takiego chorego jest żmudne i długie, wysięk trwa bowiem przeciętnie około 2 miesięcy. Komplikacja ta jest bardzo niepożądana ze względu na to, że prawie z reguły opłucna po wysięku zarasta i uniemożliwia dalsze stosowanie odmy piersiowej. Ze względu na długie trwanie choroby, należy dbać szczególniej o higjenę skóry, pamiętać o możliwości wytworzenia się odleżyny, chronić chorego przed zaziębieniem, dbać o higjenę jamy ustnej. Chorzy tacy tracą apetyt, wymiotują, mają zaparcie stolca. Należy odżywiać ich intensywnie, podając potrawy w małych ilościach, ale zato wysoko kaloryczne, złożone z tłuszczów i białek. Płyny i sól kuchenną ogranicza się, aby płyn w opłucnej nie narastał zbyt szybko. Ograniczenie płynu ułatwia w końcowym okresie resorbcję płynu z opłucnej. Należy dbać o regularne wypróżnienia.

4. Dopełnienia odmy nie wymagają opieki pielęgniarskiej, chory przychodzi, dopełnia się mu odmę, poczem po ½ godz. wypoczynku odchodzi do domu. Pożądanem jest jednak, by chory ograniczył pracę i wysiłki fizyczne w dniu po dopełnieniu odmy.

Innym zupełnie zabiegiem jest przecięcie i wyrwanie nerwu przeponowego (*phrenicotomia*), które stosuje się w tych przypadkach, w których spowodu zrostów nie można założyć odmy. Przepona po zniszczeniu nerwu unosi się ku górze, uciskając na płuco od dołu, płuco gorzej się porusza przy oddychaniu, może więc leczyć się w spokoju. Przecięcia dokonuje się w znieczuleniu miejscowem. Sam zabieg trwa krótko, jest jednak bolesny. Po zabiegu chory pozostaje w łóżku przez 1—2 dni. Należy go w tym czasie karmić, myć i obracać na boki. W następnych dniach chory porusza się już swobodnie. Po wyjęciu szwów, w 8-ym dniu, może z małym opatrunkiem opuścić klinikę. Chorzy tacy są skierowywani na leczenie klimatyczne. Wynik dodatni zabiegu występuje dopiero po paru miesiącach, ucisk bowiem wywierany przez porażoną przeponę jest znacznie mniej skuteczny, niż ucisk odmą piersiową.

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, opieka po założeniu odmy piersiowej nawet w przypadkach bez komplikacji jest trudniejszą, wymagającą zrozumienia istoty zabiegu i powikłań, podczas gdy pielęgnowanie chorych po frenikotomji ogranicza się do parodniowej zaledwie pomocy z naszej strony.

Krystyna Przychocka
Abs. Uniw. Szkoły Pielęgniarek w Krakowie

Pomoc w nagłych wypadkach*)

VI

Postępowanie przy uduszeniach

Uduszeniem nazywamy wstrzymanie dopływu powietrza (tlenu) do płuc, gdzie hemoglobina utlenia się na oksyhemoglobinę. Uduszenie może nastąpić wskutek:

1. mechanicznych czynników, zamykających dopływ powietrza do płuc,
2. przebywania organizmu w atmosferze pozbawionej powietrza z dostateczną ilością tlenu.
3. niemożności wentylacji płuc wskutek porażenia ośrodków oddechowych,
4. uduszenie organizmu następuje również, gdy hemoglobina krwi pozbawiona jest możności przejmowania tlenu, lub możności oddawania tlenu tkankom. Te zjawiska występują tylko w warunkach zatruć i omawiane bywają zwykle łącznie z innemi zatruciami.

Do grupy 1. należą powieszenia, utonięcia, zadławienia ciałami obcemi, zasypanie ziemią, zaduszenia zbrodnicze przez ucisk ręką na szyję, zadzierzgnięcia sznurkiem szyi, zamknięcie dróg oddechowych miękiemi przedmiotami, ucisk na klatkę piersiową i brzuch i t. d.

Do grupy 2. — przebywanie w głębokich kanałach w atmosferze dwutlenku węgla, lub innego gazu, przebywanie w zamkniętych pomieszczeniach, gdzie tlen powietrza jest prędko zużywany, choroba górska.

Do grupy 3. należą: porażenia ośrodków oddechowych, bądź to przy rażeniach prądem elektrycznym lub piorunem, bądź przy zatruciach narkotykami.

Objawy duszenia, wywołanego przyczynami mechanicznemi lub z powodu braku dostatecznej ilości tlenu we wdychiwanem powietrzu dzielą się na cztery okresy i są następujące (według Wachholz'a):

Okres pierwszy — d u s z n o ś c i, występujący mniej więcej w minutę po odjęciu całkowitem możności wymiany gazów, a charakteryzujący się wzmożonemi ruchami wdechowemi. Okres drugi — d r g a w e k, głównie klonicznych, czasem w obrębie karku — tężcowych. Źrenice rozszerzają się, odruch rogówkowy zanika, zjawia się wytrzeszcz gałek ocznych oraz sinica twarzy. W tym okresie następuje szybka utrata przytomności. Okres trzeci — z a m a r t w i c y — ustanie zupełne ruchów oddechowych. Okres czwarty — r u c h ó w o d d e c h o w y c h końcowych. W tym okresie zjawiają się nieregularne ruchy wdechowe przy szeroko otwartych ustach, często z przerwami, oraz krótkie ruchy wydechowe. W końcu tego okresu następuje śmierć, mniej więcej w 3 do 8 minut od całkowitego zniesienia możności wymiany gazów. Zwykle czynność serca można wykazać jeszcze po zupełnem ustaniu ruchów oddechowych. Czasem mogą one trwać nawet do 16 minut od początku duszenia.

Możliwość uratowania duszącego się istnieje, o ile w odpowiednim czasie będzie udzielona odpowiednia pomoc. Pomoc ta musi być jednak szybka, racjonalna i wykonana z całą stanowczością i spokojem. Dalszy los

---

*) Patrz „Pielęgniarka Polska" 1935, Nr 3, 4, 6, 7—8, 9, 11, 12.

chorych zależeć będzie od przyczyny, wywołującej duszenie, od uszkodzeń, jakie powstają w momencie duszenia, oraz dalszej opieki.

Grupa 1.

Powodem powieszenia jest najczęściej samobójstwo. Przy powieszeniu mamy, oprócz zjawiska wstrzymania mechanicznego wymiany gazów przez uciskającą pętlę, jeszcze zjawisko ucisku na naczynia i nerwy szyjne. Dzięki takiemu uciskowi zatrzymuje się krwiobieg mózgowy, co powoduje natychmiastową utratę przytomności. Natychmiastowa utrata przytomności nie pozwala w ostatniej chwili samobójcy samemu się ratować, mimo pewnych możliwości.

Pomoc nasza polega na natychmiastowem odcięciu wisielca, zdjęciu pętli, prawidłowym sztucznym oddechu, masażu serca oraz podaniu leków,



Ryc. 1 Ratowanie powieszonego

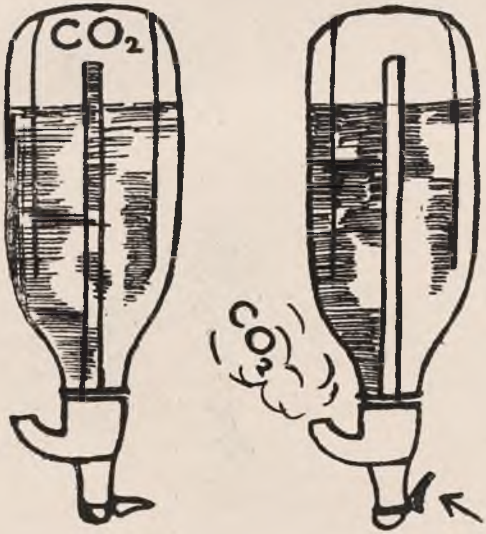
pobudzających ośrodek oddechowy. Wisielca należy tak odcinać, aby po odcięciu nie upadł i nie zrobił sobie krzywdy. Najlepiej objąć denata lewą ręką, przecinając prawą postronek (Ryc. 1). Pętlę należy szybko zdjąć z szyi i natychmiast przystąpić do sztucznego oddechu. Środkami farmakologicznemi, jakiemi możemy dysponować, będą: roztwór lobeliny 0,01 — 0,02 wstrzyknięty najlepiej wprost do żyły, lub coramina, corpyrina, stiminol w ilości 5 cm.^{3} również najlepiej wprost do żyły. Do środków silnie pobudzających ośrodek oddechowy należy również dwutlenek węgla (CO_2). Jeżeli więc mamy pod ręką butlę z kwasem węglowym, możemy go podawać w małych ilościach podczas stosowania sztucznego oddechu, jeżeli nie mamy butli z CO_2, a mamy syfon z wodą gazowaną, można syfon przewrócić do góry dnem i wypuściwszy nieznaczną ilość wody, znajdującą się w rurce wyprowadzającej, podawać gaz (CO_2) małemi dawkami (Ryc. 2).

Warunkiem jednak nieodzownym jest nieprzerywanie ani na chwilę sztucznego oddechu niezależnie od stosowania środków cucących.

Jak ważną jest szybka decyzja przy ratowaniu wisielców i nieoglądanie się na przybycie lekarza, świadczy fakt, że w najlepszym razie lekarz Pogotowia może przybyć na miejsce wypadku w ciągu 15-tu minut, to jest w momencie, kiedy wszelka pomoc jest daremną. Lekarz jednak wezwany być musi, ponieważ odratowani mogą zginąć wskutek uszkodzeń, jakie wieszanie wywołało.

Po odratowaniu wisielca zjawiają się drgawki, podniecenia, graniczące z szałem przy jednocześnie zniesionej przytomności. Po dojściu do przytomności występuje niepamięć wsteczna, chorzy nie pamiętają, że się wieszali.

Przy zbrodniczych zadzierzgnięciach pętlą, zaduszeniach przez ucisk ręką na szyję, uduszeniach poduszką lub zgnieceniach klatki piersiowej



Ryc. 2

i brzucha, objawy duszenia będą podobne, a więc i ratownictwo w zasadzie niczem się nie będzie różnić od postępowania przy powieszeniu, odpada tylko moment odcięcia wisielca.

Przy utonięciach zjawia się moment wchodzenia wody do dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, głównie w I. okresie duszenia. Woda, wypełniając drogi oddechowe, nie pozwala na wymianę gazów. Pierwszą więc czynnością naszą będzie usiłowanie usunięcia wody z dróg oddechowych. Najlepiej to wykonać w ten sposób: klękamy na jedno kolano przed topielcem leżącym na brzuchu, układamy denata na swem kolanie, tak aby ucisk był wywierany na brzuch, a głowa zwisała (Ryc. 3). Wystarcza to do wylania wody z żołądka i górnych dróg oddechowych. Przed przystąpieniem do wykonywania sztucznego oddechu, należy oczyścić jamę ustną i nosogardzielową z iłu, jaki tam może się znajdować i utrudniać oddech. Dalej nasze postępowanie jest identyczne jak i przy wszystkich

uduszeniach, a więc oprócz stosowania sztucznego oddechu, stosujemy środki cucące, wymienione wyżej. Śmierć od utonięcia nie jest zawsze śmiercią wskutek uduszenia, śmierć może nastąpić wskutek odruchowego zatrzymania serca. Zwykle takie zatrzymanie serca następuje u osobników niedorozwiniętych, osobników osłabionych chorobą lub przegrzanych. Zatrzymanie serca zjawia się, jako odruch, wskutek podrażnienia nerwów krtaniowych przy dostawaniu się zimnej wody do krtani lub wskutek nagłego oziębienia skóry. Wszelki ratunek w tych wypadkach jest bezskuteczny.

Przy zasypaniu ziemią należy zwrócić pilną uwagę na ziemię, która może się znaleźć w jamie ustnej i nosogardzielowej. Usuwać ją należy palcem owiniętym w chustkę.

Zadławienia najczęściej występują u małych dzieci, u osób starszych i u pijanych. Ciało obce, źle pogryziony pokarm mogą dostać się do krtani nad szparę głosową i wstrzymać oddech. Natychmiastowa interwencja



Ryc. 3 Wylewanie wody z żołądka i górnych dróg oddechowych topielca

jest rzeczą konieczną. Przedewszystkiem usunąć należy ciało obce. U małych dzieci zwykle udaje się założyć swój wskazujący palec wprost do przełyku i, uciskając od tyłu na krtań, wycisnąć ciało obce. Podrażnienie łuków podniebiennych wywołuje odruch kaszlowy i wymioty i ciało obce może samo być wyrzucone do jamy ustnej lub zostać połknięte. U osób starszych i osób pijanych niepogryziony większy kawałek pokarmu staje w jamie nosogardzielowej. Usunąć takie ciało obce nie jest specjalnie trudno, można je przy dobrem oświetleniu uchwycić trzema palcami, wprowadzonemi do ust i wyciągnąć nazewnątrz.

Po udrożnieniu dróg oddechowych, o ile występują jeszcze objawy duszenia się, należy wykonać sztuczny oddech.

Grupa 2.

Do drugiej grupy uduszeń należą uduszenia wywołane przebywaniem w atmosferze z niedostateczną zawartością tlenu. Zdarza się to najczęściej

w głębokich studniach, kanałach, w zaczadzonym pokoju, gdzie wydzielać się może dwutlenek węgla. Dwutlenek węgla, jako cięższy od powietrza, zajmuje najniższe położenie. Gdy człowiek znajdzie się w atmosferze dwutlenku węgla, występują typowe objawy duszenia. Zrozumiałem jest, że najważniejszą sprawą będzie usunięcie denata z pomieszczenia, wypełnionego atmosferą dwutlenku węgla. Robić to należy ostrożnie, aby samemu nie ulec omdleniu. Po wydostaniu poszkodowanego na świeże powietrze, wykonać należy sztuczny oddech. Środki cucące stosujemy te same, co przy każdem innem duszeniu z wyjątkiem dwutlenku węgla, którym chory jest i tak przeładowany. Takim chorym należałoby podawać tlen; możemy dostać go w każdej aptece w gumowym worku Tlen należy podawać powoli i z pewnemi przerwami, uciskając stopniowo worek.

Omdlenia w przepełnionych audytorjach, w kościołach mają czasami charakter duszenia się z powodu niedostatecznej ilości tlenu. Do tej samej grupy uduszeń należy tak zwana „choroba górska". Zawartość tlenu w powietrzu na znacznych wysokościach okazuje się niedostateczna. Jako pierwszy objaw, występuje utrata przytomności. Sztuczny oddech i środki pobudzające bez podania tlenu lub zniesienia chorego do doliny nie mogą okazać się skuteczne.

Grupa 3.

Do trzeciej grupy uduszeń należą porażenia centralnych ośrodków oddechowych. Porażenia ośrodków oddechowych występują typowo przy zatruciach narkotykami, oraz przy rażeniach prądem elektrycznym. Przy wypadku, jako narkotyki najczęściej spotykamy eter, chloroform, rzadziej — chlorek etylu. O ile chory oddycha jeszcze lub gdy oddech dopiero co się zatrzymał, a serce pracuje, sztuczny oddech zwykle ratuje chorego. Przy zatruciach lotnemi narkotykami każdy wydech przy sztucznym oddechu zmniejsza zawartość trucizny w organizmie. Przy zatruciach narkotykami wszelkie środki cucące wymienione wyżej mają swe zastosowanie. Do tej samej grupy należy odnieść rażenia przez prąd elektryczny z tem zastrzeżeniem, że nie wszystkie przypadki śmierci od rażenia prądem lub piorunem są spowodowane porażeniem ośrodka oddechowego. Śmierć może wystąpić wskutek zatrzymania serca przy zachowanym oddechu, a wtenczas wszelka pomoc jest bezużyteczna. — Przy „pozornej śmierci" (Jellinek) serce może nie być uszkodzone i czynność jego może być wystarczająca, ośrodek oddechowy natomiast jest porażony. Pomoc nasza może wtenczas uratować rażonego.

Śmierć od wysokich napięć prądu może nastąpić wskutek zwęglenia lub uszkodzenia ważnych ośrodków dla życia. Skutek działania prądu (a) na człowieka zależy od siły i napięcia (v) prądu w prostym stosunku i od oporów (o) w odwrotnym stosunku, a więc $a = \frac{v}{o}$ (Prawo Ohma). Prąd o napięciu (v) 10 — 150 volt może być już niebezpieczny, prąd ponad 200 volt jest zawsze niebezpieczny, a prąd około 5.000 volt działa już zabójczo (Wachholz). Skóra nasza jednak stawia znaczny opór, osłabiając działanie prądu. Sucha skóra stawia opór około 50.000 ohmów, skóra robotnika nawet kilkaset tysięcy ohmów (Wachholz). Oprócz tego zależy wiele jeszcze od tego, czy rażony jest dobrze uziemiony lub czy jest połączony z drugim biegunem. Grube buty, kalosze, są dobrą izolacją, nie

pozwalającą na przepływanie prądu. Na skutek działania ma również wpływ ogólny stan rażonego. Osoby niedorozwinięte lub chore łatwiej ulegają porażeniu. Skutek rażenia tem będzie większy, im dłużej działa prąd na rażonego. Prąd elektryczny, wywołując skurcz mięśni, sprawia, że rażony często trzyma się kurczowo przewodnika.

Ratownictwo polegać będzie na odłączeniu rażonego. Czynić to należy z wielką rozwagą, aby samemu nie ulec porażeniu. Najlepiej przerwać dopływ prądu przez wykręcenie korków, przecięcie przewodnika izolowanemi nożyczkami (uchwyconemi przez kawałek skóry, ewent. suchego materjału), lub też oderwanie rażonego siłą. Aby tę ostatnią czynność wykonać, należy nałożyć na ręce grube rękawice (najlepiej gumowe), włożyć kalosze lub grube buty, stanąć na suchej desce (Ryc. 4). Można rażonemu zarzucić na kończynę pętlę ze sznura, owinąwszy uchwyt suchym papierem. Przy wielkich napięciach, należy zawiadomić elektrownię,



Ryc. 4 Odrywanie rażonego prądem (rękawice, grube buty lub kalosze, deska)

aby wyłączyła prąd (przewodnik tramwajowy). Straż ogniowa ma wszelkie urządzenia do odłączania rażonych. Po odłączeniu rażonego należy przystąpić do sztucznego oddechu i środków cucących wymienionych wyżej.

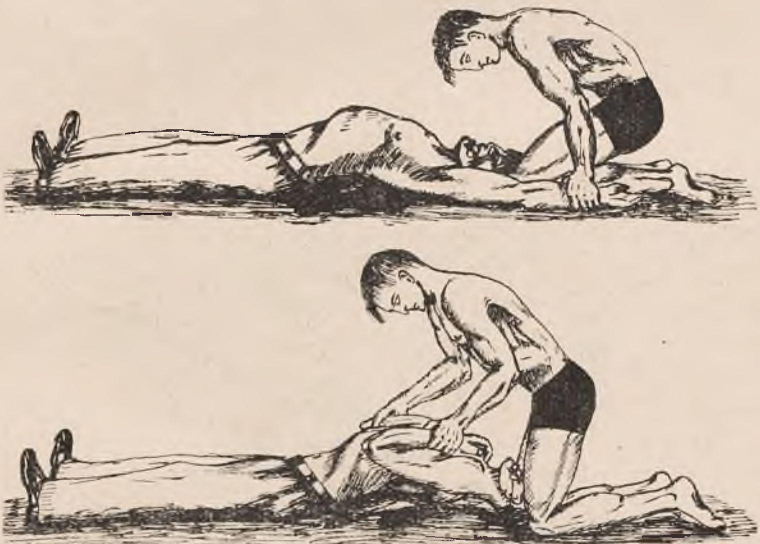
Jeżeli nie mamy porażenia serca, skutek naszego postępowania czasem bywa uwieńczony powodzeniem. Przy rażeniach piorunem postępowanie nasze ogranicza się do sztucznego oddechu i środków cucących. Czasem rażeni piorunem mogą mieć zwęglone członki i ciężkie poparzenia, jednak nie wykazują objawów ciężkiego porażenia. Objaśnia się to tem, że spalona skóra jest wyśmienitym izolatorem. Poparzone członki winny być opatrzone w myśl zasad postępowania przy oparzeniach.

Jak widzimy z powyższych rozważań, najważniejszą czynnością w ratowaniu uduszonych będzie sztuczny oddech. Pod mianem sztucznego oddechu rozumiemy wykonanie takich ruchów członkami poszkodowanego,

któreby warunkowały stały dopływ świeżego powietrza do płuc oraz odpływ zużytego. Istnieje wiele metod sztucznego oddechu. Żadna jednak nie będzie dobrą, o ile drogi oddechowe będą czemś zatkane. Przy opisie uduszeń wskazywałem, że te przeszkody muszą być usunięte. Tutaj chcę dodać, że istnieje jeszcze jedna naturalna przeszkoda, jaką jest u nieprzytomnych p o d s t a w a j ę z y k a. U ludzi nieprzytomnych następuje zluźnienie wszystkich mięśni, a więc i języka. Język swym ciężarem zapada się, zamykając swą podstawą jamę nosogardzielową. Żadna metoda sztucznego oddechu nie osiągnie celu, o ile zjawisko to nie będzie usunięte.

Najwięcej używanemi u dorosłych sposobami sztucznego oddechu są: a) sposób Sylwester'a, b) sposób Haselt'a, c) sposób Śledziewskiego, d) sposób Labord'a, e) sposoby kombinowane, f) sposób Schultz'ego, g) sposób Sokołowa.

Przy sposobach Sywester'a, Haselt'a, Śledziewskiego i kombinowanych chorego układa się na plecach z lekko odchyloną głową do tyłu i wyskle-



Ryc. 5 Sztuczny oddech metodą Sylwester'a; u góry wdech, u dołu wydech

pioną klatką piersiową ku przodowi, co osiągnąć można przez podłożenie wałka lub koca pod klatkę piersiową. Język należy wyciągnąć poza zęby i kazać pomocnikowi utrzymywać go w takiem położeniu. O ile nie mamy pomocników, należy język umocować. Umocowanie języka jest rzeczą trudną i wymaga sprytu. Niektórzy proponują schwytać język specjalnemi szczypczykami, które swym ciężarem będą utrzymywać język nazewnątrz jamy ustnej. Inni proponują uwiązać język między dwoma deszczułkami dostatecznie długiemi, aby się język nie zapadał. Widziałem przypadek, kiedy ratujący przeszył koniec języka grubą igłą z bawełną i okręciwszy nitkę około szyi, w ten sposób umocował język.

S z t u c z n y o d d e c h s p o s o b e m S y l w e s t e r'a: Po ułożeniu chorego na plecach, podłożeniu wałka pod klatkę piersiową i wyciągnięciu języka, ratujący klęka od strony głowy, chwyta za przed-

ramiona chorego w okolicy stawów łokciowych i jednym powolnym ruchem odciąga ramiona do płaszczyzny poziomej poza głowę. Następuje napięcie mięśni piersiowych i dzięki temu rozszerzenie klatki piersiowej — wdech (Ryc. 5). Następny ruch: przygięcie ramion i ucisk przedramionami klatki piersiowej — wydech (Ryc. 5). Metoda ta jest dla jednego człowieka uciążliwa i lepiej ją wykonywać wraz z pomocnikami. Dwóch wykonuje ruchy rękami, a trzeci trzyma język.

W ciasnem pomieszczeniu, np. w karetce Pogotowia, w wagonie i t. p. ta metoda nie jest możliwa do wykonania z powodu braku miejsca. Odpowiednim sposobem będzie w tych przypadkach metoda Haselt'a. Układamy chorego i wyciągamy język jak przy sposobie Sylwester'a. Klękamy również od strony głowy lub z boku, chwytamy oburącz za łuki żebrowe i silnie podciągamy je do góry — wdech (Ryc. 6 A). Następnie uciskamy klatkę piersiową w okolicy łuków żebrowych — wydech (Ryc. 6 B).



Ryc. 6 A Sztuczny oddech metodą Haselt'a; wdech

Dla osób muskularnych mało nużącym jest sposób Śledziewskiego, zbliżony do metody Sylwester'a. Polega on na tem, że ratujący siedzi u wezgłowia i mocno wyciąga ręce chorego w płaszczyźnie poziomej — wdech. Później je zwalnia — wydech. Przy wdechu klatka piersiowa podnosi się wskutek napięcia mięśni, przy zluźnieniu opada swym ciężarem powodując wydech.

Sposób Laborde'a jest nieco odmienny, polega on na rytmicznem wyciąganiu języka. Po ułożeniu chorego z odchyloną w tył głową przy wdechu język należy wyciągać, przy wydechu zluźniać. Ma ten zabieg wywoływać odruch przez nerwy krtaniowe i nerw językowo - gardzielowy. Metody tej należy używać jako pomocniczej, gdyż nie jest ona w stanie mechanicznie wypełnić powietrzem płuc. Przy zniesionych odruchach jest bezcelową.

W codziennem życiu, gdzie mamy czasami wielu pomocników wykwalifikowanych, można stosować metody skombinowane. A mianowicie przy

metodzie Sylwester'a trzeci pomocnik miarowo wyciąga i zwalnia język metodą Labord'a. Musi jednak wykonywać ruchy oddechowe zgodnie z ruchami zasadniczej metody. Wdech jednej metody musi odpowiadać wdechowi drugiej metody. Również można kombinować metodę Haselt'a i Śledziewskiego z metodą Labord'a.

U noworodków metody powyższe małe mają zastosowanie z powodu mniejszej prężności klatki piersiowej i słabości mięśni. Najczęściej używaną jest metoda Schultz'ego. Ratujący staje w rozkroku, chwyta obydwoma rękoma za barki niemowlęcia, tak, aby cztery palce leżały na łopatce a kciuk z przodu na piersiach. Przy wdechu opuszczamy niemowlę ku dołowi, aby nogi noworodka znalazły się między nogami ratującego. Ręce ratującego muszą być wyprostowane w stawach łokciowych. Przy wydechu zarzuca się niemowlę sobie nad ramię. Nóżki noworodka muszą przygiąć się maksymalnie do brzucha i ucisnąć brzuch (przeponę) i klatkę



Ryc. 6 B Sztuczny oddech metodą Haselt'a; wydech

piersiową. Metoda Sokołowa jest zbliżona do tej metody, nie zarzuca się jednak niemowlęcia. Układa się dziecko na stole z odchyloną główką, wyciąga język (można pociągać metodą Labord'a) i rytmicznie przygina nóżki do brzucha oraz wyciąga do płaszczyzny poziomej. Stosuje się tę metodę u niemowląt nieco starszych, a więc za ciężkich do metody Schultz'ego.

Wszelkie ruchy oddechowe, wykonywane jakąkolwiek metodą, muszą być wykonane spokojnie i oględnie, aby ratujący w zdenerwowaniu nie połamał choremu żeber i nie uszkodził mu organów wewnętrznych. Ruchów oddechowych należy wykonywać 15—16 na minutę, a więc na wdech wypadają mniej więcej dwie sekundy, na wydech również dwie sekundy. Zbyt częste ruchy są szkodliwe.

Masaż serca stosuje się zwykle tam, gdzie fachowców jest więcej. Polega on na rytmicznem uderzaniu w okolicę dołka podsercowego, mniej więcej jedno uderzenie na sekundę, to jest 60 na minutę. Właściwie zabieg ten nie jest masażem serca w ścisłym sensie. Prawdziwy masaż może wykonać tylko chirurg na obnażonem sercu. *Dr. August Jokiel*

ERRATA

W poprzednim artykule z cyklu „Pomoc w nagłych wypadkach“ w nrze 12, 1935 na str. 277 zdanie od wiersza 8 — 11 ma brzmieć: „Alkohol podany w małej dawce jest pożywką, która może do pewnego stopnia zastąpić cukier gronowy, spalając się w organizmie, podobnie jak i węglowodany, na kwas węglowy i w o d ę“, — nie „wódkę“, jak mylnie wydrukowano.

Wakacje dla pielęgniarek

Komisja Wypoczynkowa P. S. P. Z. podaje do wiadomości, iż p. Helena Żółcińska i w tym roku zaofiarowała do użytku pielęgniarek dwa pokoje w domku swym w Busku, na okres letni, w miesiącach czerwcu, lipcu i sierpniu. Miesięcznie mogą korzystać z pobytu trzy osoby.

Koleżanki proszone są o nadsyłanie zgłoszeń na pobyt w c z e r w c u do dnia 15 maja, a na pobyt w l i p c u i s i e r p n i u do dnia 1 czerwca, (najpóźniej do dnia 15-go czerwca b. r.).

Ulgowy koszt utrzymania dziennego wynosi zł. 1.50—1.70.

Pielęgniarkom przysługuje 50% z n i ż k a k u r a c y j n a. Dla uzyskania zniżkowej karty kuracyjnej, należy składać podania bezpośrednio do Dyrekcji Państwowego Zakładu Zdrojowego w Busku, z załączeniem zaświadczenia, w jakiej instytucji dana osoba pracuje.

Wszelkie zgłoszenia na wyjazd przyjmuje, oraz informacyj udziela Sekretarka Kom. Wypoczynkowej P. S. P. Z. Irena Wiszniowska, Warszawa, Opaczewska 1/3 II-gi Ośrodek Zdrowia i Opieki.

Notatki zawodowe

O mierzeniu ciepłoty

Dr. Seweryn Sterling w rozdziale p. t. „Kiedy wolno uważać gorączkę za objaw skrytej gruźlicy płuc“, wchodzącym w skład dzieła p. t. „G r u ź l i c a“ *), kładzie nacisk na odpowiednią technikę pomiarów ciepłoty u osobników, podejrzanych o gruźlicę.

Nic łatwiejszego pozornie, jak mierzenie temperatury, lecz z przytoczonych poniżej uwag znakomitego lekarza wynika, że nawet tak prosta czynność wymaga dużej precyzji i staranności, jeżeli ma osiągnąć skutek, t. j. wykrycie stanów podgorączkowych u powierzonych nam pacjentów.

„Chorzy, będący pod obserwacją, powinni mierzyć ciepłotę conajmniej po cztery razy dziennie. Przed pomiarem musi chory leżeć spokojnie przez pół godziny. Tyczy się to zastrzeżenie szczególnie dzieci.

Mierzyć ciepłotę, w danym razie, jest najwygodniej pod pachą.

Dla mierzenia w odbycie wypada się bardzo obnażać, a przecież niejeden chory, nawet w łóżku leżący nie zmierzy ciepłoty w odbycie w obecności drugiej osoby, trudniej jest odosobnić się choremu nie leżącemu.

---

*) Ob. C o c z y t a ć? „Pielęgniarka Polska“ Nr. 11/1935.

Mierzenia pod językiem zaniechano prawie powszechnie, ponieważ wynik zależy tu od stanu atmosfery, ciepłoty spożytych pokarmów i t. p. W odbycie mierzyć polecamy dzieciom pod warunkiem, by dziecko przed pomiarem conajmniej godzinę nie biegało. Na podniesienie ciepłoty w odbycie wpływa nietylko ruch, ale czasem także i fermentacje jelitowe. Starcom zawsze w odbycie ciepłotę mierzyć trzeba.

Mierząc pod pachą, wstawiamy — choremu leżącemu — termometr rezerwoarem rtęciowym w najwyższe miejsce pachy, pozostawiając termometr w tem położeniu przez cały czas trwania mierzenia.

Trzymać w tem położeniu należy termometr przez minut 10; po tym czasie wyjąć, odczytać i ponownie założyć termometr na 2 minuty. Jeśli słup rtęci się więcej nie podnosi, mierzenie uważać za ukończone; gdyby się podniósł, należy termometr założyć ponownie na dwie minuty, postępując w ten sposób dopóty, dopóki dwa kolejne mierzenia nie wskażą tego samego poziomu rtęci" **).

II Międzynarodowy Kongres Pielęgniarek Katolickich

Grudniowy zeszyt 1935 r., organu Międzynarodowego Komitetu Katolickich Stowarzyszeń Pielęgniarek zawiera szczegółowe sprawozdanie z II-go Międzynarodowego Kongresu Pielęgniarek Katolickich, którego akta, prócz tego, ukazały się w osobnej broszurze, wydanej przez Watykan. Oba wydawnictwa posłużą nam tu do zaznajomienia Czytelników „Pielęgniarki Polskiej" z treścią obrad Kongresu, przyczem zaznaczamy, że Redakcja najchętniej służy materjałami szczególniej zainteresowanym.

Kongres odbył się w Rzymie w dniach 25 — 28-go sierpnia 1935 roku. Przybyło nań 2.000 pielęgniarek zakonnych i świeckich z krajów Europy, Azji, Afryki i Stanów Zjednoczonych. Fakt, że kongres odbywał się w Rzymie, nadawał mu charakter pielgrzymki, co nie przeszkadzało jednak bynajmniej fachowości obrad, przeciwnie, głęboki nastrój religijny dodał im autorytetu i powagi. Szczytowym momentem Kongresu było przemówienie Ojca św. Piusa XI. Po prawdziwie ojcowskiem powitaniu, Ojciec św. ostrzega przed niebezpieczeństwem pogaństwa i materjalizmu, które grożą laicyzacją zawodu pielęgniarskiego, zmierzają do odjęcia mu piętna chrześcijańskiego, chcą „odegnać Chrystusa od łóżka chorych, od wezgłowia cierpiących, Jego, który przyszedł z pociechą dla wszelkich cierpień, który Sam pragnął cierpieć, przedewszystkiem i nadewszystko, aby pocieszyć i pokrzepić cierpiących". Niebezpieczeństwom tym opierać się trzeba w pierwszym rzędzie przez pogłębianie własnego życia wewnętrznego, przez ciągłe doskonalenie się duchowe. Należy również doskonalić się w zawodzie, „bądźcie najdoskonalszemi, najofiarniejszemi pielęgniarkami", — „należy wiedzieć, aby móc czynić... aby wiedzieć, co można czynić, czego, być może, czasem nie można czynić, albo można z pewnemi zastrzeżeniami i w pewnych granicach". Przed pielęgniarką leży podwójne pole pracy: zawodowe i moralne, „pomoc pielęgniarska oraz moralność i umoralnianie tej pomocy". Ojciec św. nawołuje do zespolenia prac, myśli, serc i dusz w oddaniu się Kościołowi. „Organizacja, drogie córki, jest niezbędna: w naszych czasach wszystko się organizuje, niestety również i zło..." Ojciec św. kończy wezwaniem do wspólnych modłów na intencję pokoju.

**) Termometr strząsany zaraz po mierzeniu („na gorąco") psuje się łatwo (Przyp. autora).

Głębokie myśli odnajdujemy w inauguracyjnem przemówieniu Arcybiskupa Pizzardo, z serdecznością witającego zarówno pielęgniarki zakonne, jak i świeckie. Pielęgniarka katolicka musi być urobiona w duchu apostolstwa, musi pamiętać o istnieniu d u s z y w ciele ludzkiem. Ten nadprzyrodzony punkt widzenia nie może jednak przesłonić faktu, że zawód pielęgniarski zajmuje się zdrowiem ciała; nie można więc skutecznie praktykować tego zawodu, ograniczając się tylko do miłosierdzia. „Byłoby zbrodnią pracować w szpitalu, czy klinice bez odpowiedniego wyszkolenia technicznego". Między pielęgniarką zakonną i świecką musi panować zgoda siostrzana i wzajemna współpraca. Opieka nad chorym wyszła z Kościoła, to też pielęgniarki zakonne, idealnie biorąc, są bardziej do niej powołane. Lecz nie mogą zaspokoić ogromnych potrzeb współczesnego społeczeństwa. I tak w Stanach Zjednoczonych na 20.000 pielęgniarek (w tem 6.000 katoliczek), jest zaledwie 12.000 zakonnic. „....W dziedzinie opieki nad chorym, uświęconej przez Samego Zbawiciela... nie można dopuścić do współzawodnictwa między zakonnicami, a świeckiemi katoliczkami, stworzyłoby to chaos i niesłychane zgorszenie (*scandale inouis*)".

Liczne referaty i dyskusje doprowadziły do rezolucyj, dotyczących praktykowania miłosierdzia, wzajemnej pomocy między kongregacjami religijnemi, czuwania nad życiem religijnem uczennic-pielęgniarek, dyplomów państwowych, organizacji szkół, wykształcenia zawodowego, pracy w Misjach, nowoczesnej pracy społecznej. C.

Kronika pielęgniarska

ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA W WARSZAWIE, UL. SMOLNA 6

Sprawozdanie, wygłoszone przez dyrektorkę Szkoły, p. H. Nagórską w dniu 2 lutego 1936 r. podczas uroczystości rozdania dyplomów

W sprawozdaniu powyższem przedstawiam działalność Szkoły w 7-mym roku jej istnienia.

1. Stan finansowy:

W roku sprawozdawczym dochody i wydatki Szkoły przedstawiały się następująco:

DOCHODY:

Saldo na dzień 1-go stycznia 1935 roku	20.72 zł.
Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża wpłacił	63.084.00 „
Zapomogi dla niezamożnych słuchaczek od Min. Opieki Społecznej i Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża	7.400.00 „
Ogółem	**70.484.00** „

DOCHODY SZKOŁY:

Opłata słuchaczek	69.187.50 zł.
Wpisowe słuchaczek	6.350.00 „
Zwrot za umundurowanie	2.244.00 „
Zwrot za żywność od personelu	2.737.39 „
Różne	382.42 „
Ogółem	**80.901.31** „
Razem	**151.406.03** zł.

WYDATKI:

Wydatki na prowadzenie Szkoły	151.223.37 zł.
Saldo na dzień 1-go stycznia 1936 roku	182.66 „
Ogółem	**151.406.03** zł.
Liczba dni słuchaczek w Szkole	35.975
Przeciętna liczba słuchaczek w Szkole	98.6

Przeciętny koszt żywienia i szkolenia 1 słuchaczki rocznie .	1.533.70 zł.
Przeciętny koszt żywienia i szkolenia 1 słuchaczki miesięcznie .	127.80 „
Przeciętna liczba osób w Szkole dziennie	108
Przeciętny koszt żywienia 1 słuchaczki dziennie . . .	1.39 zł.

2. Praktyka słuchaczek:

Przeciętna liczba słuchaczek pracujących w szpitalu dziennie	60.4
Na oddziale chirurgicznym	14.6
Na oddziale ginekologicznym	11.2
Na oddziale wewnętrznym	9.5
Na sali opatrunkowej	1.6
Na sali operacyjnej	3.9
W administracji szpitala	1.9
Na oddziale dziecięcym	2.8
Na oddziale położniczym	3.3
Na klinice otolaryngologicznej	4.9
W pracy społecznej	7.2
Ogółem	60.4

3. Wykłady w ciągu roku sprawozdawczego:

W ciągu roku sprawozdawczego odbyły się następujące teorje:
Teorja I — 2 razy — ogólna liczba godzin wykładowych 1.139 i 54 godzin egzaminu
Teorja II — 2 razy — ogólna liczba godz. wykładowych 590 i 58 godzin egzaminu
Teorja III — 2 razy — ogólna liczba godz. wykładowych 419 i 38 godz. egzaminu
Teorja IV — 2 razy — ogólna liczba godz. wykładowych 0,41 repetycyj

Ogółem 2.148 + 191 godzin

Ogólna liczba godzin przepracowanych w klasie 2.339, ogólna liczba dni słuchaczek w klasie 9.090.

Przeciętna liczba słuchaczek przebywających w klasie na teorji — 30
Przeciętna liczba godzin wykładów i ćwiczeń dla każdej teorji tygodniowo — 55
Przeciętna liczba godzin wykładów i ćwiczeń dla każdej teorji dziennie — 9.

4. Liczba osób w Szkole:

Personel administracyjny 3 — instruktorski — 8.

Słuchaczki:

Liczba słuchaczek w dniu 31-go grudnia 1934 roku	96
W ciągu roku przybyło słuchaczek	50
Ogółem	146
Ukończyło Szkolę słuchaczek	34
Wystąpiło ze Szkoły słuchaczek	11
Ogółem	45

W dniu 31-go grudnia 1935 roku przebywa w Szkole słuchaczek — 101
Semestr IV — 19, semestr III — 11, semestr II — 25, semestr I — 21
Probantki — 25. Ogółem — 101.

Klasy, przyjęte w roku sprawozdawczym przedstawiały się następująco:

9 lutego przyjęto — 23 słuchaczki; przeciętny wiek — 22.6; przeciętne wykształcenie — 7.2 kl. gimn.; — 14 września przyjęto — 27 słuchaczek; przec. wiek 20.09; przeciętne wykształcenie — 8 kl. gimn.

Ogółem: 50 słuchaczek; przec. wiek — 21.7; przec. wykształc. — 7.7 kl. gimn.

W ciągu roku sprawozdawczego wystąpiło ze Szkoły słuchaczek — 11:

Nie nadawały się do pracy pielęgniarskiej — 4
Na własne żądanie wystąpiło — 7.

W roku sprawozdawczym ukończyły Szkolę 34 słuchaczki.

Ogólna liczba pielęgniarek dyplomowanych z naszej Szkoły wynosi — 156.

Podań złożonych o przyjęcie do Szkoły było — 90, z czego uwzględniono 50, czyli 55 procent.

W roku sprawozdawczym liczba dni zachorowań słuchaczek wynosiła 660, czyli 2.04 procent dni pracy słuchaczek w Szkole. Liczba dni urlopów wynosiła — 3.578.

Dyplomy otrzymały Panie:

Józefa Błaszczakówna
Stanisława Bokszczaninówna
Krystyna Bonikowska
Józefa Borkowska
Czesława Brzozowska
Helena Ciałowiczówna
Antonina Dankowska
Marja Dentkowska
Jadwiga Domańska
Modesta Głódkowska
Bronisława Gogolewska
Barbara Grochowska
Marja Komorowska
Adela Lanckorońska
Marja Lasowska
Mieczysława Malyjewiczówna
Lucyna Mitrutówna
Helena Niesiołowska
Wanda Ossowska
Danuta Pruska
Stanisława Romanowska
Zofja Solecka
Bogumiła Serżyskówna
Zofja Sporzyńska
Anna Strychalska
Bronisława Weberówna
Jadwiga Weredówna
Genowefa Wiąckówna
Wanda Saladykowska
Janina Szkatulnikówna

KRONIKA

ODDZIAŁ CHIRURGJI URAZOWEJ

W Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej im. Gabryela Narutowicza w Krakowie, w połowie kwietnia odbyło się otwarcie oddziału chirurgji urazowej (traumatologicznego). Oddział rozporządza 22 łóżkami, w razie potrzeby może być powiększony do liczby 50 łóżek.

Trzy zasadnicze zadania ma do spełnienia oddział chirurgji urazowej: 1) racjonalnego leczenia schorzeń urazowych i przywrócenia poszkodowanemu możliwie najszybciej największej zdolności do pracy; 2) zmniejszenia ilości inwalidów; 3) gromadzenia doświadczenia naukowego w tak mało jeszcze rozwiniętym dziale medycyny.

Od szybkiej, a sprawnej pomocy udzielonej poszkodowanemu zależy częstokroć, czy uda się mu odzyskać pełnię sił, czy też zostanie w mniejszym lub większym stopniu kaleką. Nowootwarty oddział jest zaledwie drugim tego rodzaju zakładem w Polsce; pierwszy przed niespełna rokiem został otwarty w Warszawie w Szpitalu wojskowym im. Marszałka Józefa Piłsudskiego. Oddział krakowski rozporządza urządzeniami, stanowiącemi wyraz najnowszej techniki. Posiada przenośny ręczny aparat rentgenowski, najnowszy stół operacyjny ortopedyczny polskiego pomysłu, aparaturę do szwu kostnego.

Jak ważną jest sprawa usprawnienia lecznictwa urazowego, wykazują cyfry na jednym tylko odcinku organizacji: Ubezp. Społecznej, gdzie na renty inwalidzkie wypłaca się około 30 miljonów, czyli około dwie trzecie wszelkich wpływów Ubezp. Społecznych.

WARUNKI SANITARNE PRACY FLISAKÓW

Przy spławianiu drzewa drogą wodną, flisacy nie mają żadnej pomocy sanitarnej. Według danych statystycznych w Polsce przy spławianiu drzewa Wisłą zatrudnionych jest około 2.000 flisaków. Same okoliczności pracy są niebywale ciężkie: wilgoć, komary, marne odżywienie, częste okaleczenia przyprawiają pracowników o utratę zdrowia w prędkim przeciągu czasu, i o kalectwa spowodowane warunkami pracy. Flisacy lecząc się sami, stosują środki zupełnie średniowieczne, płynące z ludowych zabobonów. Pożądanem byłoby, aby na tratwach znajdowały się apteczki podręczne i aby do każdego transportu, składającego się z kilku tratew, przydzielony był przeszkolony sanitarjusz, mogący udzielać pomocy w nagłych wypadkach.

ANALFABETYZM W POLSCE

Według wiadomości, podanych przez Polską Macierz Szkolną, znajduje się w Polsce sześć miljonów analfabetów, a miljon dzieci w wieku szkolnym, nie mających miejsc w szkołach, a więc przewidzieć można znaczne zwiększenie się liczby analfabetów w przyszłych latach. Polska Macierz Szkolna wydała specjalne podręczniki w cenie 20 groszy, ułatwiające każdemu mającemu dobrą wolę przyczynienie się do walki

z analfabetyzmem. Zwracając uwagę na liczne stowarzyszenia, organizacje i związki oraz na wielką ilość pracujących społecznie niezorganizowanych pracowników, Polska Macierz Szkolna podaje wniosek, by prócz wkładek do odpowiednich organizacyj, członkowie zechcieli indywidualnie rozpocząć pracę oświatową, a nie przy pomocy kursów, które niejednokrotnie krępują zgłaszających się o lekcje. Wydany podręcznik ułatwi tę pracę.

MISJA DWORCOWA W POZNANIU

Katolickie Towarzystwo Ochrony Kobiet w Poznaniu w roku ubiegłym, jak wykazuje sprawozdanie organizacji, udzieliło noclegu 9141 dziewczętom, przyjeżdżającym do miasta w poszukiwaniu pracy i „lepszego bytu". 861 dziewcząt uzyskało odpowiednie zajęcia przez Towarzystwo. Zajęcie się młodzieżą żeńską, przybywającą do większych miast ma doniosłe znaczenie społeczne, gdyż niedoświadczone, często bez możności utrzymania się choćby tymczasowego, dziewczęta, często są wyzyskiwane i popychane do nierządu.

INICJATYWA MEDYKÓW UNIW. POZNAŃSKIEGO

Grupa studentów medycyny w Poznaniu zainicjowała przy Sekretarjacie Okręgowym Przysposobienia Gospodarczego referat higjeny i bezpieczeństwa pracy. Celem referatu jest kształcenie się w kierunku badania warunków higjeny i bezpieczeństwa pracy, dla późniejszego prowadzenia akcji profilaktycznej na terenie zakładów pracy. Związek przemysłu graficznego, do którego zwrócili się medycy, celem ułożenia programu działalności, odniósł się niezmiernie przychylnie do ich propozycji. Inicjatywa, powzięta przez grupę studentów Wydziału Lekarskiego w Poznaniu może mieć wielkie znaczenie społeczne i dopomóc do specjalizacji i rozwoju tak zaniedbanego działu higjeny i bezpieczeństwa pracy.

OŚRODKI UPRAWY ROŚLIN LECZNICZYCH

Polski Komitet Zielarski zainicjował w r. 1935 wzorową uprawę roślin leczniczych wśród drobnych gospodarstw rolnych, tworząc pomiędzy niemi t. zw. ośrodki uprawy roślin leczniczych. Celem ośrodków jest zatrudnianie bezrobotnych w małych gospodarstwach wiejskich, oraz produkcja jednolitych partyj surowca, przy najwyższej ich jakości. Do współpracy z P. K. Z. przystąpiły Izby rolnicze w Warszawie, Wielkopolsce, Lodzi, Wilnie i Lublinie, ponadto Tow. Farmaceutyczne w Lublinie, dalej „Bratnia Pomoc", przedsiębiorstwa handlowe i t. d. Przy odpowiednim kierunku i inspekcjach ośrodki uprawy roślin leczniczych mogą być nowem źródłem pracy i dochodu w gospodarstwach małorolnych.

NOWY PAWILON DLA CHORYCH GRUŹLICZYCH

W Tarnowskich Górach (na Śląsku) otwarty został w marcu b. r. pawilon dla chorych na gruźlicę. Pawilon ten, specjalnie wybudowany przez tamtejszy wydział powiatowy, posiada wszelkie nowoczesne urządzenia, dostosowane do wymogów leczniczych i wygody chorych. Otoczony jest obszernym parkiem, co pozwoli chorym korzystać ze spacerów i przebywania na świeżem powietrzu. Chorych przyjmuje się nietylko z powiatu tarnogórskiego, ale i z innych terytorjów.

TRANSMISJE RADJOWE DLA CHORYCH WE FRANCJI

W ostatnich czasach wręczona została odpowiednim władzom petycja chorych o wprowadzenie stałych niedzielnych transmisyj nabożeństw dla chorych, pozostających w szpitalach, sanatorjach, klinikach i t. d. Petycja podpisana przez 10.000 chorych przyjęta była niezmiernie życzliwie. Transmisje zostaną wprowadzone w niedługim czasie.

NIEZWYKŁA CENTRALA

W jednem z większych miast w Niemczech uruchomiona została od niedawnego czasu centrala skupywania mleka kobiecego. Z oddziałów położniczych od kobiet uprzednio badanych i zdrowych, nadmiar mleka, pozostający po nakarmieniu własnego dziecka, skupuje się do centrali. Miesięcznie około 100 litrów mleka kobiecego tym sposobem przechodzi przez centralę zakupu. Mleko to jest sterylizowane i następnie sprzedawane dla niemowląt.

PLAGA SZCZURÓW

W Holandji od dłuższego czasu rozszerza się plaga szczurów. Szczury powodują nietylko nieprawdopodobne szkody, niszcząc przedmioty, budowle i t. p., ale stają się niebezpieczne dla ludności. Małe dzieci narażone są na okaleczenia, szczury przenoszą choroby zakaźne. Z tego powodu władze sanitarne Amsterdamu zorganizowały akcję „odszczurzania" kraju, przeznaczając na ten cel 300.000 florenów.

OPIEKUNKI FABRYCZNE

W Niemczech powstał nowy urząd kobiecy, powołany przez Niemiecki Front Pracy, dla podniesienia zdrowia i obyczajności ludności robotniczej. Czynności w urzędzie tym spełniać mają, jako opiekunki fabryczne, pracownice, które przepracowały najmniej 4 lata w fabryce, przez co znają technikę i charakter pracy, a więc mogą stwierdzić braki w urządzeniach oraz organizacji pracy. Kandydatki na opiekunki, po przeszkoleniu, prowadzą akcję na terenie fabrycznym, w domu, oraz w kantynach, świetlicach i t. p. Instytucja opiekunek fabrycznych może stać się poważnym czynnikiem społecznym nietylko dla higjeny pracy, ale dla ogółu społeczeństwa.

Świadczenia dla położnic i matek karmiących

Komunikat Zakładu Ubezp. Społecznych w Warszawie

Wobec niedostatecznego jeszcze uświadomienia pracownic ubezpieczonych o świadczeniach, które przysługują położnicom i matkom karmiącym, podajemy poniższe wyjaśnienie:

Świadczenia tej kategorji obejmują: 1) bezpłatną pomoc leczniczą przed, w czasie i po porodzie; 2) zasiłek połogowy i 3) zasiłek dla matek karmiących.

Zasiłek połogowy wynosi 50% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonej za ostatnie 13 tygodni zatrudnienia i wypłacany jest przez czas, gdy położnica wstrzymuje się od pracy, nie wyłączając niedziel i świąt, nie dłużej jednak, niż w ciągu ośmiu tygodni. Z okresu tego conajmniej sześć tygodni przypadać powinno po porodzie.

Za zgodą położnic, Ubezpieczalnia może im udzielić utrzymania i opieki lekarskiej w zakładzie dla położnic. W tym wypadku położnica otrzymuje zasiłek domowy, jeśli ma na utrzymaniu jedną lub więcej osób, zamieszkujących razem z nią. Zasiłek domowy wynosi połowę zasiłku chorobowego, czyli 25% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonej.

Gdy niezdolność ubezpieczonej do pracy przekracza okres zasiłku połogowego, otrzymuje ona zasiłek chorobowy, t. j. również 50% przeciętnego zarobku tygodniowego.

Zasiłek dla karmiących matek udzielany jest w naturze w ilości litra mleka dziennie lub w ekwiwalencie gotówkowym przez czas karmienia od ukończenia zasiłku połogowego, nie dłużej jednak, niż w ciągu dwunastu tygodni.

Prawo do zasiłku połogowego i zasiłku dla matek karmiących mają tylko te ubezpieczone, które w ciągu ostatnich 12-tu miesięcy przed porodem pozostawały conajmniej przez 4 miesiące w zajęciu, uzasadniającem obowiązek ubezpieczenia.

Zasiłek pokarmowy dla członkiń rodziny wynosi połowę zasiłku, pobieranego przez położnicę ubezpieczoną.

Już się ukazało w 28 Nrze Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej rozporządzenie wykonawcze do Ustawy o Pielęgniarstwie. Tekst rozporządzenia — w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej".

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem Romana Ferka.

Do P. T. Czytelników
„Pielęgniarki Polskiej"!

Zawiadamiamy P. T. Czytelników, że następujące zeszyty „Pielęgniarki Polskiej" są wyczerpane lub na wyczerpaniu:

Z rocznika 1931 Nr 4-5
Z rocznika 1933 Nr 1-2
Z rocznika 1934 Nr 1-2, 5-6, 7-8
Z rocznika 1935 Nr 1-2, 3, 5, 9

Uprzejmie prosimy Szan. Czytelników o nadesłanie nam powyższych, a zbywających Im zeszytów, które chętnie nabędziemy, zwracając również koszta przesyłki.

Administracja „Pielęgniarki Polskiej"
Kraków, św. Krzyża 11